Secretaría Distrital de Salud	RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME

Periodo a Cancelado	Desde:	[illegible]	Hasta:	[illegible]
Nombre del Contratista:	[illegible]		Número de Documento:	[illegible]
Correo Electrónico:	[illegible]		Número Teléfonico:	[illegible]
Nombre del Supervisor:	[illegible]	Cargo:	[illegible]	Código - Grado:

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	[illegible]	Año Contrato:	[illegible]	CDP Contrato Actual:	[illegible]
Objeto:	[illegible]				
Dirección a la que Prestamos:	[illegible]				
Unidad de Servicios:	[illegible]				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costo	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Porcentaje(%) Centro de Costo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
VALOR [illegible]	[illegible]	[illegible]					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato:	[illegible]	Fecha de Terminación del Contrato Actual:	[illegible]
No. Contrato Según el Mes Cancelado:	[illegible]	Valor a Pagar:	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS/LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-difundir y practicar derechos, deberes, mision y vision de la institucion segun la plataforma estrategica	-notas de enfermeria
9	Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya	-difundir y practicar derechos, deberes, mision y vision de la institucion segun la plataforma estrategica	-notas de enfermeria
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-difundir y practicar derechos, deberes, mision y vision de la institucion segun la plataforma estrategica	-notas de enfermeria

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo de aportes correspondiente al pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Aportantes Cotizados al Mes anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	[illegible]		
2021	[illegible]	2021	05	31			

Fecha Aproximada cotización al mes anterior en letras	[illegible]

Item		Cantidades Aportantes a Seguridad Social	Aportes Mes de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportante
Pensionado	045	PENSIONADO		[illegible]	[illegible]
Salud		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ARL	1	[illegible]		[illegible]	[illegible]
Caja de Compensación	002		Total	[illegible]	[illegible]

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	[illegible]	Tipo de Cuenta	[illegible]	Número de Cuenta	[illegible]

JUAN SEBASTIAN ARBELAEZ MONSALVE
[illegible]

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA ENVALLE SD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA	KR 36 # 30-60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-04	2022-04	I	20/05/2022	58328243	$507.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	205.200	0		0		0	0	0	0	205.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	262.700	0	0	0	0	0	0		262.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.000				40.000	0	0	40.000			400	40.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	205.200	205.200
Pensión	1	262.700	262.700
Riesgos Laborales	1	40.000	40.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	507.900	507.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80734512	IVAN VARELA ACOSTA		KR 36 # 30-60	3102617111	SANTIAGUITO0708@YAHOO.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-04	2022-04	I	20/05/2022	58328243	$507.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80734512	VARELA ACOSTA IVAN	59	0			N																	230201	1.641.600	262.700	0	0	0	0	EPS017	1.641.600	205.200	14-11	1.641.600	3	40.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información